Medical Library

Aus der Greifswalder medizinischen Klinik.

Zur
Aetiologie der Leberabscesse.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 16. August 1895,

Mittags $12^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Gustav Rassow

practischer Arzt.

Opponenten:

Herr Dr. med. Otto Busse, I. Assistent am pathol. Instit. zu Greifswald.
Herr Dr. med. Bruno Leick, Assistenzarzt a. d. med. Klin. zu Greifswald.
Herr cand. jur. Albert Kolbe.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1895.

Seinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0418

Zu denjenigen Erkrankungen, die an die diagnostischen Fertigkeiten des Arztes bisweilen die grössten Anforderungen stellen, gehört unstreitig die Perityphlitis. Sind doch eine ganze Reihe von Fällen in der Litteratur bekannt, in denen ausgedehnte perityphlitische Abscesse so zu sagen symptomlos verliefen, erst die sekundären, durch die primäre Erkrankung verursachten Erscheinungen führten die Kranken in ärztliche Behandlung und trotz aller Bemühungen, trotz genauester und eingehendster Untersuchung blieb die wahre Natur des Leidens unbekannt, so dass intra vitam eine sichere Diagnose nicht zu stellen war. Der Autopsie erst blieb es vorbehalten den wirklichen Sachverhalt aufzudecken.

Zur Begründung des hier Gesagten möge ein in der hiesigen königlichen medicinischen Universitätsklinik beobachteter Fall dienen, der nach mehreren Richtungen hin eine Fülle interessanter Erscheinungen bot, die, wie ich glaube, seine Veröffentlichung rechtfertigen.

Krankengeschichte.

Patient ist der 37 Jahre alte Arbeiter Franz Jäger aus Wolgast. Seine Eltern sind beide noch am Leben und erfreuen sich bester Gesundheit. Von

früheren Krankheiten giebt Patient nur einen im Jahre 1884 glücklich überstandenen Typhus abdominalis an, sonst will er stets gesund gewesen sein. Sein jetziges Leiden datiert Patient vom 28. Februar her, nach den Angaben seiner Frau jedoch hatte er schon vorher über unbehagliches und schlechtes Befinden zu klagen. Die Erkrankung begann plötzlich in der Nacht mit heftigen Leibschmerzen, welche den Patienten zwangen, am andern Tage die Arbeit einzustellen und zu Bett zu bleiben. Am 4. März traten Schüttelfröste auf, die sich von da ab täglich mehrmals wiederholten und, wie Patient angiebt, sich in grossem Schweiss lösten. Fast gleichzeitig mit dem Einsetzen des Fiebers trat eine stetig zunehmende Gelbfärbung der gesamten Körperhaut und der Sclera auf. Da der Zustand sich nicht besserte, riet der behandelnde Arzt dem Patienten am 8. März die Aufnahme ins hiesige Universitäts-Krankenhaus an.

Status praesens.

Patient ist von grosser Statur, kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und normalem Fettpolster. Die sichtbaren Schleimhäute sowie die gesamte Körperhaut zeigen eine stark ikterische Verfärbung, die namentlich an der Sclera stärker hervortritt. Oedeme und Exantheme sind am Körper nirgends nachweisbar, auch können Drüsenschwellungen nicht gefühlt werden. Die Temperatur ist starken Schwankungen unterworfen, sie beträgt bei der Aufnahme 40,2 ^{0} in der Achselhöhle.

Systema nervosum.

Das Sensorium ist frei, über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl hat Patient nicht zu klagen. Der Schlaf ist andauernd ein schlechter gewesen. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen sind nicht vorhanden, Pupillar- und Patellarreflexe in normaler Weise erhalten.

Systema respirationis.

Der Thorax zeigt einen guten und kräftigen Bau und lassen sich bei tiefer Inspiration nirgends auffallende Einziehungen konstatieren. |Supra- und Infraclaviculargruben sind beiderseits etwas eingesunken, der Angulus Ludovici springt mächtig stark vor. Die Schulterblätter stehen nicht ab; die Wirbelsäule zeigt keine abnormen Verkrümmungen. Die Perkussion ergiebt nirgends Dämpfung, es besteht überall heller Lungenschall. Die Auskultation ergiebt giemende Geräusche, namentlich bei der Auskultation des Rückens. Gleichzeitig besteht mässiger Auswurf, sonst ist nichts Abnormes zu konstatieren. Die Atmung ist gleichmässig und ergiebig, die Frequenz der Atemzüge beträgt 26 in der Minute.

Systema circulationis.

Der Spitzenstoss ist nicht sichtbar, er befindet sich im vierten Intercostalraum, fingerbreit einwärts von der Mamilla, deutlich fühlbar. Die Perkussion ergiebt folgende Begrenzungen der Herzdämpfung: rechts: $^1/_2$ cm medial vom linken Sternalrande, oben: im dritten Intercostalraum, aussen: mit dem Spitzen-

stoss zusammenfallend. Die Herztöne sind, namentlich an der Spitze, voll und laut, an der Basis dagegen etwas abgeschwächt. Die Auskultation der Mitralis ergiebt einen unreinen ersten Ton, jedoch kein deutliches Geräusch. Die fühlbaren Arterienrohre sind nicht verdickt, der Radialispuls, welcher regelmässig ist, zeigt eine systolische, schnellende Erhebung.

Systema digestionis.

Bei schlechtem Appetit geht die Verdauung ohne Schmerzen vor sich, der Stuhlgang ist weich bis dünn. Die Zunge ist trocken und stark belegt. Die obere Grenze der Leber lässt sich in der Mamillarlinie am oberen Rand der 6. Rippe feststellen, die untere überragt den Rippenbogen in der Mamillarlinie um 7 cm. Das Abdomen ist weich und nicht aufgetrieben, im oberen Teile findet sich, infolge der vergrösserten Leber etwas Druckempfindlichkeit.

Die Milz zeigt Vergrösserung, 11 cm Höhe. Sie ragt nach vorne über die Linea costo-articularis um 3 cm vor.

Systema uropoëticum.

Der Urin wird in reichlicher Weise schmerzlos entleert, ist etwas trübe und zeigt deutliche ikterische Verfärbung. Die Reaktion des Harnes bei der Untersuchung auf Gallenfarbstoffe ist eine äusserst intensive. Auch die qualitative Untersuchung des Harnes auf Eiweiss ergiebt ein positives Resultat. Ferner sind im Urin vorhanden: Gallensäuren, Hämatoidinkrystalle und Epithelcylinder. Zucker ist nicht nachzuweisen.

Der Harn reagiert sauer und hat ein specifisches Gewicht von 1010.

Diagnose.

Die Diagnose muss vorläufig offen gelassen werden. Am wahrscheinlichsten erschien die Annahme eines Leberabcesses oder eines eitrigen Katarrhes der Gallengänge.

Prognose:

Dubia ad infaustum vergens.

Therapie.

Mixtura acida 2 mal stündlich einen Esslöffel, Wein, Selterwasser, Bäder, flüssige, kräftige Diät, Bettruhe.

9. III. Bei der Aufnahme 5 Uhr Nachmittags beträgt die Temperatur des Patienten in der Achselhöhle 40,2°. Von da ab sinkt das Fieber rapide bis auf 37,0°, um nach einem, 12 Uhr Nachts aufgetretenen Schüttelfroste wieder bis auf 40,3° zu steigen.

10. III. Trotz des subjektiven Wohlbefindens erreicht heute die Temperatur infolge eines 5 Uhr Nachmittags auftretenden Schüttelfrostes die Höhe von 41,1°, nachdem sie vorher bis auf 36,8° heruntergegangen war. Durch das Intermittieren der Fiebercurve wird der Verdacht auf Malaria erweckt. Die sofort vorgenommene mikroskopische Blutuntersuchung des Patienten auf Plasmodien ergiebt jedoch ein negatives Resultat. Der Eiweissgehalt des Harnes ist ein so geringer, dass er sich durch das Esbach'sche Albuminimeter procentuarisch nicht bestimmen lässt.

11. III. Im Laufe des Tages stellten sich 2 Schüttelfröste ein. Die höchste Temperatur im After beträgt 40,5°. Die Frequenz des Pulses bewegt sich zwischen 40 und 44, die der Atmung zwischen 24 und 26. Der Verdacht auf Malaria muss fallen gelassen werden, da durch eine erneute Blutuntersuchung nur eine geringe Vermehrung der Leuckocyten, jedoch keine Malaria-Plasmodien nachgewiesen werden konnten.

12. III. Das Fieber nimmt heute einen remittierenden Charakter an. Patient bekommt 2 Mal 1 g Chinin. Der höchste Temperaturstand beträgt im After 41,3°. Nachmittags sinkt die Temperatur auf 37,6°, steigt jedoch nach einem Schüttelfroste bald wieder erheblich. Bei gutem subjektiven Befinden ist der Appetit schlecht. Schmerzen sind nirgends vorhanden.

13. III. Patient hat 2 erbsenbreiartige Stühle. Die Ileocoecal-Gegend ist auf Druck nicht empfindlich. Das anfangs mässig hohe Fieber steigert sich nach 2 Schüttelfrösten auf 40,8°. Der Puls ist kräftig, verhältnismässig langsam und hat dicroten Charakter. Die Atmung ist beschleunigt.

14. III. Die Temperaturkurve nimmt heute einen ausgesprochenen remittierenden Charakter an. Höchste Temperatur 40,9°. Es traten 3 Schüttelfröste auf. Patient erhält 2 Mal 0,5 g Chinin. Eiweiss ist noch immer im Urin nachzuweisen.

15. III. Die verhältnismässig niedrige Temperatur steigt nach einem Schüttelfrost auf 39,4°. Gegen Abend erhält Patient ein Bad mit Douche, das ihm nicht gut bekommt. Da die Zunge stark belegt ist, wird sie mehrmals abgeschabt und mit Glycerin gepinselt. Zur besseren Ernährung bekommt Patient jetzt Pepton, Eier und Fleischbrühen. Die Menge des entleerten Urins ist, da Patient viel trinkt auf 3800 ccm gestiegen; das spezifische Gewicht beträgt 1010.

16. III. Höchster Temperaturgrad 40,7°. Atmungs- und Pulsfrequenz verhältnissmässig niedrig. 2 Schüttelfröste. Ein Bad ohne Douche bekommt dem Patienten gut. Dreimalige Verabreichung von 0,5 g Chinin.

17. und 18. III. Schüttelfröste sind an diesen Tagen nicht aufgetreten. Die Bäder bekommen dem Patienten sehr gut. Der Stuhlgang ist angehalten. Die Temperatur bewegte sich am 17. zwischen 38,2° und 39,2° und am 18. zwischen 38,3° und 40,3°. Es wurden 3 resp. 2 Mal 0,5 g Chinin und am 18. 0,5 g Lactophenin verabreicht.

19. III. Nach einem Einlauf stellt sich beim Patienten blutiger Stuhl ein, weswegen er 3 Mal 10 Tropfen Opium-Tinctur erhält und die Bäder ausgesetzt werden. Der höchste Stand der Temperatur beträgt 40,3°, Atmung und Puls sind verhältnismässig langsam. Zwei Schüttelfröste sind zu verzeichnen. Es wurde 3 Mal 0,5 g Lactophenin gegeben.

20. und 21. III. Trotzdem das Fieber nicht über 40° steigt, trat doch an jedem Tage ein Schüttel-

frost auf. Eine Abnahme der ikterischen Verfärbung von Haut und Urin ist deutlich wahrnehmbar. Die Untersuchung der Lungen ergiebt spärliches Rasseln. Die Herzdämpfung ist normal, bei der Auskultation hört man ein systolisches Fauchen an der Mitralis, weswegen Verdacht auf Endocarditis entsteht. Die Höhe der Milz beträgt 12½ cm. Die Leberdämpfung ist in der Mamillarlinie 18 cm hoch, links vom Sternum erstreckt sie sich 7 cm. Das Allgemeinbefinden des Kranken hat sich verschlechtert. Ohne dass Patient Schmerzen empfindet, ist der Appetit ein sehr geringer und der Schlaf fast gänzlich aufgehoben. Opium wird noch weiter verabreicht, infolgedessen tritt kein Stuhlgang auf. Lactophenin wird nicht weiter gegeben.

22. III. Trotz dreier Schüttelfröste betrug der höchste Stand der Temperatur nur 39,5°. Puls und Atmung bewegen sich in den gewöhnlichen Grenzen. Der Appetit hat sich gebessert, der Auswurf ist geringer wie früher. Die Menge des entleerten Urins hat sich auf 1400 ccm verringert. Patient erhält weder Opium noch Lactophenin.

23. III. Infolge Verabreichung von 0,5 g Chinin sinkt die bis 41,2° gestiegene Temperatur auf 38,6°. Schüttelfröste traten nicht auf. Der Stuhl ist angehalten. Eiweiss ist, wenn auch nicht mehr so deutlich wie früher, immer noch im Urin nachzuweisen.

24. III. Patient befindet sich heute gut und zeigt viel mehr Interesse für seine Umgebung wie sonst. Schmerzen sind heute so wenig wie früher, auch nicht

bei Druck auf das Abdomen, vorhanden. Die Temperatur, welche nur geringen Schwankungen unterworfen ist, bewegt sich zwischen 38° und 39°, um 8 Uhr Abends sinkt sie sogar bis auf 37,6° herunter. Patient bekam 2,0 g. Chinin.

25. III. Der Appetit ist heute wieder schlechter, es erfolgte reichlicher, breiiger Stuhlgang, der jedoch durchaus keinen typhösen Charakter hatte. Die anfangs niedrige Temperatur stieg nach einem Schüttelfrost auf 40,5°. Es wurden 2 Bäder verabreicht.

26. III. Patient ist so schwach, dass er beim Versuche ihn ins Bad zu heben, kollabiert. Darauf tritt heftiger Schüttelfrost auf, wobei die Athmung so stark röchelnd ist, dass der Exitus befürchtet wird. Patient bekommt daher Cognac und Injektionen von Kampfer. Die Pulsfrequenz beträgt 130 in der Minute. Bei der Schwäche des Patienten ist die Temperaturmessung im After nicht mehr möglich, in der Achselhöhle hält sie sich zwischen 37° und 38°. Mit Ausnahme von etwas Fleischbrühe, Kaffee und Cognac wird das Genossene sofort wieder erbrochen. Gegen seine Umgebung ist Patient vollständig apathisch.

27. III. Im Befinden des Kranken hat sich wenig geändert, er bietet das Bild eines Sterbenden. Der Puls ist allerdings noch voll und kräftig. Bei der Auskultation der Lungen ist rechts hinten und unten Knisterrasseln deutlich wahrzunehmen, Patient wird

deshalb auf die linke Seite gelagert. Es werden 3 Kampferinjektionen gemacht.

28. III. Der Zustand hat sich noch mehr verschlechtert. Die Frequenz des Pulses steigt bis auf 136, die der Athmung auf 52. Ausser schwarzem Kaffee behält Patient nichts mehr bei sich. Der stündlich befürchtete Exitus tritt um $^1/_2$1 Uhr Nachts ein.

Da es von Interesse sein dürfte, ein Bild von den grossen Schwankungen, denen die Temperatur im vorliegenden Krankheitsfalle unterworfen war, zu erhalten, lasse ich eine Tabelle folgen, in denen die Temperaturen, die in manchen Tagen fast stündlich gemessen wurden, verzeichnet sind.

Die Autopsie, welche am 29. März von Herrn Professor Grawitz vorgenommen wurde, ergab folgenden, überraschenden Befund, den ich durch Wiedergabe des Sektionsprotokolles, soweit dasselbe für unseren Fall von Interesse ist, hier schildern möchte.

Protokoll.

Schwächlich gebaute männliche Leiche mit gering entwickeltem Panniculus adiposus, schlaffer Muskulatur und noch bestehender Totenstarre. Die Hautfarbe ist gelb. Es wird ein Schnitt vom Kinn bis zur Symphyse gemacht und da die behandelnden

h.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. h. a. m.	—	—	38,3°	—	—	—	—	—	40,0°
2.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3.	—	—	—	—	—	†	—	—	—
4.	—	—	—	—	—	—	—	39,6°	—
5.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6.	—	—	—	C. 0,5	—	—	—	—	—
7.	—	40,3°	38,3°	38,6°	37,8°	38,9° †	39,4° †	39,5°	39,2° C. 0,5
8.	—	—	38,2°	—	—	40,6°	—	†	—
9.	—	38,6°	38,0°	—	38,3° C. 0,5	C. 0,5	39,8°	39,1°	38,2°
10.	—	—	38,2°	—	†	—	38,9° C. 1,0	C. 0,5	38,7°
11.	—	37,2°	39,2°	41,3°	—	—	—	40,7°	38,5°
12.	—	—	—	—	—	38,0°	37,3°	—	39,2°
1. h. p. m.	—	36,8° †	37,6° †	—	—	38,8°	—	39,4°	C. 0,5
2.	—	37,9°	—	39,8°	38,1°	—	38,2 C. 1,0	40,1° C. 0,5	—
3.	—	38,0°	37,5°	—	—	37,0°	38,0°	—	38,6°
4.	—	39,1°	—	40,8°	†	—	—	—	—
5.	40,3°	39,0°	—	C. 0,5 †	40,8°	C. 0,5	37,4°	38,2°	B.
6.	—	41,1°	39,4° †	37,5°	—	—	—	—	—
7.	39,1°	40,0°	39,9°	—	—	40,4°	B.	39,8° C. 0,5	C. 0,5
8.	—	38,8°	—	—	39,0°	40,9° †	—	— [B.]	38,6°
9.	37,6°	—	—	38,8°	—	—	—	—	
10.	—	38,7°	—	—	—	—	39,1°	—	—
11.	37,0°	38,3°	—	—	—	—	—	—	—
12.	†	—		—	—	—	—	†	—

Bemerkung: † = Schüttelfrost, B. = Bad, C. = Chinin, L. = La

ärz 1895.

18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.
—	—	—	38,4°	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36,8°
—	—	—	—	†	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38.4°	39,0 L. 0,5	38,2°	38,3°	37.9°	38,3°	38,2°	38,2° C.0,5	38,2°	36.4°	38,4°
°C.0,5	38,7° †	39,1°	38,2°	38,4°	38,4°	39,0° C.0,5	38,0°	—	—	—
38,3°	40,3°	39,0°	38,5°	38,6° †	38,4°	38,8°	—	37,9°	—	—
38,9°	39,6°	38,8°	38,2° †	38,4°	38,3°	38,5°	37,5°	—	—	—
38,3°	38,6°	39,4°	38,7°	38,4°	38,7°	39,0°	37,5°	—	—	—
. 0,5	39,2° L. 0,5	39,0°	39,2°	38,6°	38,5°	38,2°	38,0°	†	—	—
	38,9°	38,8°	39,5°		39,8°	38,2°	37,2°	—	—	—
38,6°	38,6°	38,2°	39,8°	39,5°	40,9°	38,6°	—	—	—	39,0°
39,5°	39,1°	39,5°	39,1°	38,2°	40,5°	38,9°	38,8°	—	36,8°	—
39,2°	39,8°	38,9°	38,6°	39,0°	41,2° C.0,5	38,6°	38,2° †	—	—	—
3° B.	38,1° †	38,6°	39,8°	39,0° †		39,0° C.0,5	40,5° C.0,5	37,7°	—	—
39,7°	40,0° L.0,5	38,0° †	39,2°	39,5°	39,2°	38,2°	38,6°	—	—	—
. 0,5	39,5°	38,8°	38,6°	39,0°	38,6°	38,9°	—	—	—	—
40,3°	—	39,2°	38,2°	38,5°	38,8°	38,6°	38,2°	—		—
39,6°	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ophenin.

Vom 11. März 7 h. p. m. — 26. März 7 h. a. m. ist die Temperatur im Anus gemessen.

Aerzte vorübergehend einen Verdacht auf Typhus ausgesprochen hatten, mit der Sektion der Bauchhöhle begonnen. Zunächst wurde die Gegend des Coecum aufgesucht, um hier womöglich sofort durch eine etwa vorhandene Schwellung des Ileo-Coecalstranges die Diagnose auf Typhus zu sichern. Hierbei ergiebt sich nun, dass unter dem Coecum ein Abscess mit dickem, schmierigem, gelbgrünem Eiter besteht, dessen Wandungen zum Teil von der Hinterfläche des Colon ascendens, zum Teil von dem bedeckenden Bindegewebe der arteria iliaca dextra, zum Teil von der Flexura sigmoidea gebildet werden. Die Wandung des Abscesses zeigt alte, narbige Stellen, und vielfache schiefrige Verfärbung, Veränderungen, die auf ein beträchtliches Alter des Prozesses schliessen lassen. In dem Abscess liegt nach oben umgeschlagen und mit dem Colon ascendens fest verwachsen, der vielfach gekrümmte Processus vermiformis, welcher $^1/_2$ cm vor seinem distalen Ende eine kreisrunde, etwa erbsengrosse Perforationsöffnung aufweist, durch welche also eine Communikation des Inneren des Processus vermiformis mit dem ihn umgebenden Abscesse ermöglicht ist. Vermittelst der Sonde gelingt es, den vielfachen Windungen des Processus vermiformis folgend, in das Darmlumen vorzudringen. Die Umgebung der Perforationsöffnung zeigt nun eine dunkle, fast schwarze Färbung.

An der Innenfläche des Processus vermiformis besteht eine, in der Umgebung der Perforation weiter-

gehende geschwürige Zerstörung der Schleimhaut des Wurmfortsatzes. Der Grund des Geschwüres ist schwarz gefärbt, zum Teil mit Eiter belegt und sieht eigentümlich zerfressen aus. Von hier gelangt man, wenn man sich dem Darm nähert, auf eine verhältnismässig enge Stelle des Processus vermiformis, an der sich auch geschwürige Veränderungen in der Schleimhaut nicht nachweisen lassen. Der Inhalt besteht hier aus glasigem fadenziehendem Schleim. Veränderungen älterer Art, d. h. bindegewebige Verdickungen finden sich nur in der Serosa dieser Partie. Dicht vor der Einmündungsstelle des Wurmfortsatzes in das Coecum besteht wiederum eine erhebliche Erweiterung des Lumen des Processus vermiformis und umfängliche, Geschwürsbildung von ähnlichem Aussehen, wie die eben beschriebenen. Ausser Eiter findet sich auch an dieser Stelle kein Inhalt im Processus vermiformis, in Sonderheit wurden keine Concretionen, die als Ursache der Geschwürsbildungen angesehen werden könnten, angetroffen.

Bei der Herauslösung des Colon, Coecum und Ileum wird der Darm etwa ½ Meter ober- und unterhalb der Valvula Bauhini durchtrennt und mit diesem Stücke im Zusammenhange auch die damit verwachsene Partie des S. Romanum herausgenommen. Bei der Durchtrennung des hierzu gehörigen Mesenteriums zeigt sich eine Infiltration des Ileo-Coecalstranges mit Eiter. Ueberall treten auf dem Durchschnitte aus kleinen, erbsengrossen Abscessen eitrige Massen her-

aus. Diese Infiltration, verbunden mit ödematöser Schwellung setzt sich auch bis zur Radix mesenterii fort. Nach der Feststellung dieses Thatbestandes wurde die weitere Section der Bauchhöhle in vorschriftsmässiger Weise vollendet. Im Colon finden sich eine Anzahl fester Kothballen von hellgelber Farbe. Flüssiger Inhalt ist wenig vorhanden. Die Kothmassen haften sehr fest an der Darmwand.

Die Milz misst 24 : 12 : 5 cm. Die Farbe derselben ist bläulich-roth, auf dem Durchschnitt braunroth. Die Trabekelzeichnung ist undeutlich. Es finden sich 2 kleine Abscesse.

Die linke Niere misst 12 : 7 : $3\frac{1}{2}$. Die Fettkapsel ist gut entwickelt, die Capsula fibrosa lässt sich leicht abziehen. Die Oberfläche ist glatt, die Consistenz derb, die Farbe hellbraun, an einzelnen Stellen grünlich schwarz. Im obern Teile sieht man zwei mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Blasen, deren Wandungen durchsichtig sind. Auf dem Durchschnitt ist die Grenze zwischen Mark und Rindensubstanz verwaschen, die Farbe ist grünlich gelb, das Aussehen opak. An der Spitze der Papillen sieht man weisse Flecken, die etwas über die Oberfläche hervorragen. Diese Stellen fühlen sich hart an. An einzelnen Punkten der Marksubstanz sieht man grünlich schwarze Färbung, die zum Teil in Streifen auftritt. Das Fett des Nierenbeckens ist gelb gefärbt.

Die rechte Niere ist in ihrem obern Teile gallengelb gefärbt, sonst zeigt sie dieselben Verhältnisse

wie die linke, mit Ausnahme der beiden kleinen Bläschen. Ihre Masse sind 13 : 8 : $3^1/_2$ cm.

Beim Herausnehmen der Leber findet man eine Schwellung des Ligamentum hepato-duodenale. Beim Durchtrennen der Vena portarum zieht sich in dem Lumen derselben ein derber Pfropf zurück. Es wird deshalb damit begonnen, die Vena portarum aufzuschneiden. Hierbei findet man das venöse Bindegewebe um die Venen an der Porta hepatis stark geschwollen und mit Eiter durchsetzt. Im Lumen selbst liegt ein blassroth aussehendes, trockenes Gerinnsel, welches der Wandung teilweise anhaftet und am Anfangsteile der Vena portarum das Lumen derselben beinahe völlig ausfüllt. In den Ästen der Vena portarum ist dieser Thrombus nur zum kleinsten Teile als ein festes, zusammenhängendes Gerinnsel vorhanden. Der grössere Teil jedoch ist zu einer eigentümlich chokoladenfarbigen, schmierigen, dickflüssigen Masse erweicht. An der Oberfläche der Leber, die sonst glatt und von spiegelndem Glanze ist, treten in dem rechten Leberlappen einzelne, bis erbsengrosse Heerde über das Niveau der Nachbarschaft, welche grünlich-schwärzlich verfärbt ist, hervor. Bei der Durchschneidung des rechten Lappens finden sich in Gruppen zusammengestellt in den verschiedenen Teilen desselben kleinste und grössere, bis kirschengrosse Eiterheerde und aus den durchschnittenen Aesten der Vena portarum fliesst ein, wie oben näher beschrieben, chokoladenfarbener Inhalt

heraus. Das Bindegewebe um diese Venenäste herum ist stark verdickt und vielfach von Eiter durchsetzt. Zuweilen sieht man auch, dass diese Eiterinfiltration sich an den Aesten der Vena portarum, bezüglich in deren Umgebung hält. Im Uebrigen ist die Consistenz der Leber derb, ihre Farbe braunrot. In den nicht mit Eiter durchsetzten Partien treten die Acini ausserordentlich deutlich hervor, in denen sich eine ausgesprochene gelbweisse peripherische Zone von einem rötlich braunen Centrum absetzt.

Im Herzbeutel finden sich nach Eröffnung desselben ca. 25 ccm rötlich gefärbter, klarer Flüssigkeit. Das subperikardiale Fettgewebe ist stark entwickelt, auf der vorliegenden vorderen Fläche des rechten Herzens zeigen sich punktförmige weisse Stellen; im übrigen ist die Oberfläche glatt und glänzend. Die beiden Atrioventricularklappen sind für zwei Finger bequem durchgängig. Die Klappen der Aorta und Pulmonalis erweisen sich auf Wassereinguss schlussfest. In beiden Herzkammern finden sich Gerinnsel von teils gelblicher, teils dunkelroter Farbe. Die Farbe des Herzmuskels ist grau bis braunrot. Die Klappen der Pulmonalis sind zart und intakt, während die Aortenklappen ebenso wie die Atrioventricularklappen beiderseits rauhe, sich hart und körnig anfühlende Auflagerungen zeigen, die teils frischer, teils älterer Natur sind. Die Auflagerungen stehen einzeln in Form von gelbglasigen Knötchen, teils bilden sie längliche, wallartige Erhebungen, deren Oberfläche warzenartig höckrig ist.

An einigen Stellen zeigen sie im Gegensatz zu dem grauglasigen Aussehen der andern eine weisse glänzende Beschaffenheit. Die Papillarmuskeln sind von graubräunlicher Farbe mit teilweise gelblich erscheinenden Stellen.

Infolge dieses Befundes lautete die Diagnose:
Perityphlitis apostematosa incapsulata,
Perforatio processus vermiformis,
Phlegmone chronica mesenterii,
Thrombophlebitis portalis,
Hepatitis apostematosa multiplex,
Tumor lienalis chronicus,
Nephritis parenchymatosa, interstitialis et cystica,
Nephritis catarrhalis calcificans cum ictero,
Abscessus lienis,
Endocarditis chronica fibrosa valvularis mitralis.

Epikrise.

Werfen wir jetzt einen Rückblick auf die intra vitam aufgetretenen Krankheitserscheinungen, sowie auf das Sektionsergebnis, so ist zunächst auffallend, dass ein derartiger alter perityphlitischer Abscess ohne jegliche Symptome verlauten ist. Ergab doch thatsächlich sowohl die Anamnese, wie auch die genaue objektive Krankenuntersuchung nichts, was auf eine Perityphlitis hätte hinweisen können. Es bestanden keinerlei Schmerzen in der Ileo-coecal-Gegend, welche weder aufgetrieben noch auf Druck empfindlich war, auch hat Patient nicht angegeben jemals

eine Blinddarmentzündung durchgemacht zu haben. Dass unter diesen Umständen also der Ausgangspunkt der vorliegenden Erkrankung den behandelnden Aerzten verborgen blieb, ja verborgen bleiben musste, kann wohl kaum Wunder nehmen.

Wir hatten es in dem vorliegenden Falle eben mit einer latenten Perityphlitis zu thun, latent deshalb, weil der ganze Prozess retroperitoneal verlief und somit alle diejenigen Erscheinungen, die wir bei einer das Peritoneum in Mitleidenschaft ziehenden Perityphlitis zu sehen gewohnt sind, fehlten. Da auch Schmerz und Schwellung in der rechten Fossa iliaca nicht vorhanden waren, da keine Verdauungsstörungen vorlagen und die Anamnese vollständig im Stiche liess, so kamen eben nur die Folgezustände zur Beobachtung, ihre Genese dagegen musste unklar bleiben.

Am wahrscheinlichsten erschien die Annahme eines Leberabscesses. Für diese Annahme sprach der starke Icterus, das pyämische Fieber, die Vergrösserung und Druckempfindlichkeit der Leber. Auch das Auffinden von Hämatoidin-Crystallen im Urin schien diese Vermutung zu bestätigen. Da jedoch in ätiologischer Hinsicht nichts aufzufinden war, was die Entstehung eines Leberabscesses hätte rechtfertigen können, durfte der Annahme desselben nur der Wert einer Wahrscheinlichkeits - Diagnose beigemessen werden.

Freilich muss hierbei nicht vergessen werden,

dass die Fälle durchaus nicht zu den Seltenheiten gehören, in denen die Aetiologie des Leberabscesses dunkel bleibt und die ganze Erkrankung sich nur durch Leberschwellung, Icterus und pyämisches Fieber dokumentiert. Trotzdem durfte, wie schon gesagt, die Annahme eines Leberabscesses nur als Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelten, und es war daher selbstverständlich, dass andere Erkrankungen als Ursache des bestehenden Krankheitsbildes in Erwägung gezogen werden mussten.

Nächst Leberabscess musste an einen eitrigen Katarrh der Gallengänge gedacht werden. Ist doch auch bei diesem Leiden die Aetiologie oft trotz aller diagnostischer Fertigkeiten nicht aufzufinden und stimmen doch die Symptome dieser Erkrankung mit den in unserem Falle beobachteten in vielen Punkten überein. Der Gang des Fiebers, das schliesslich als pyämisches bezeichnet werden musste, die Schüttelfröste, ferner die Leberschwellung und der Icterus waren wohl geeignet den Verdacht auf eine Cholangitis suppurativa zu lenken. Freilich konnte auch hier nur von einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose die Rede sein.

Für kurze Zeit kam, veranlasst durch den ziemlich beträchtlichen Milztumor und den intermittierenden Charakter des Fiebers Malaria in Betracht. Dieser Verdacht musste jedoch bald fallen gelassen werden, da einmal die mehrfach von sachkundiger Hand vorgenommenen Untersuchungen des Blutes auf Plasmodien ein negatives Resultat ergaben, andererseits eine fort-

gesetzt genaue Beobachtung des Fiebers, wie sie durch die fast stündlich vorgenommenen Messungen ermöglicht wurde, deutlich die Haltlosigkeit des aufgetauchten Verdachtes darthaten. Zudem stammte der Patient aus einer Gegend, in welcher Malaria so gut wie gar nicht vorkommt.

Ebenso sicher konnte Typhus abdominalis als ausgeschlossen betrachtet werden, denn, obwohl Patient aus einer Ortschaft kam, in der Erkrankungen an Abdominaltyphus nicht zu den Seltenheiten gehörten, obwohl der Stuhlgang einigemal erbsenbreiartiges Aussehen hatte und auch einmal Blut enthielt, waren die übrigen Symptome namentlich auch der Gang des Fiebers doch derartig, dass nur ganz vorübergehend an Typhus gedacht werden konnte.

Schliesslich wurde noch Endocarditis ulcerosa in den Kreis der Betrachtungen gezogen, traten doch im Laufe der Beobachtung Geräusche an den Herzostien auf, welche im Verein mit dem pyämischen Fieber wohl im Stande waren, das Augenmerk auf die erwähnte Affection zu lenken. Die weitere Beobachtung zeigte jedoch bald, dass diese Vermutung, die eben eine blosse Vermutung war, nicht aufrecht erhalten werden konnte.

Alles in Allem konnte daher die klinische Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden, obwohl Patient der sorgfältigsten und genauesten Beobachtung unterworfen war, zu wiederholten Malen eingehend unter-

sucht wurde und alle, einer gut eingerichteten Klinik zu Gebote stehenden Mittel zur Ergründung der Diagnose in Anwendung kamen.

Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose musste auf Leberabscess und Pyämie gestellt werden, der Ausgangspunkt der Erkrankung war nicht zu eruieren.

Erst die Autopsie deckte den wahren Sachverhalt auf: ein durch Perforation des Processus vermiformis entstandener Abscess hatte sich retroperitoneal nach oben verbreitet und zur Bildung von multiplen Eiterheerden in der Leber geführt.

Dass derartige Vorkommnisse durchaus nicht so ganz selten sind, wie man vielleicht anzunehmen geneigt ist, zeigt die Litteratur, die eine ganze Reihe von Fällen enthält, in denen eitrige Prozesse in der Leber durch Entzündungen in der Ileocoecalgegend veranlasst worden sind. So z. B., um nur einige zu nennen, berichtete Buhl[1]) einen Fall, in dem eine Fistel vom Wurmfortsatz direkt zur Pfortader führte, ferner Aufrecht[2]) einen solchen, bei dem durch eine Perityphlitis eine Phlebitis und Thrombose der Vena mesenterica magna und eine Pylephlebitis hervorgerufen war, Briess[3]) beschrieb endlich einen durch Perityphlitis hervorgerufenen und unter dem Bilde einer akuten Leberatrophie verlaufenen Leberabscess.

[1]) Zeitschrift für rat. Medizin N. F. IV. 3 1854.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift No. 20, 1869.
[3]) Wiener med. Presse 1869.

Das Besondere an unserem Falle ist nicht allein darin zu sehen, dass durch einen perityphlitischen Abscess eine Vereiterung des Leberparenchyms zu stande gekommen ist, sondern auch darin, dass der primäre Erkrankungsheerd derartig symptomlos entstanden war, dass er der klinischen Diagnose vollständig entging.

Auch noch aus dem Grunde verdient der Fall der Vergessenheit entrissen zu werden, weil hier durch den Sektionsbefund Entstehung und Verlauf der Erkrankung bis auf das kleinste klargelegt worden ist. Wir sehen hier die alten geschwürigen Vorgänge im Processus vermiformis und den damit verbundenen ebenso alten perityphlitischen Abscess. Wir können von hier aus genau verfolgen, welchen Weg die Entzündung genommen hat. Von dem Abscess gelangten die Entzündungserreger durch die Lymphwege des Ileo-Coecalstranges zur Radix mesenterii, ihren Weg überall durch grössere oder kleinere Eiterheerde kennzeichnend. In der Radix mesenterii gelangen sie auf die Wurzeläste, auf den Stamm der Pfortader und breiten sich nun in den weiten perivaskulären Lymphräumen der Vena portarum aus und gelangen, indem sie ihren Aesten folgen, in die Leber. So entstehen einerseits im Inneren der Blutgefässe die Thrombosen und im Anschluss daran der puriforme Zerfall der Thromben, andererseits in der Leber die multiplen Abscesse mit ihren mannigfaltigen Folgezuständen.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Mosler für die gütige Überlassung des Falles, sowie Herrn Professor Dr. Strübing meinen verbindlichsten Dank für die freundliche Unterstützung auszusprechen, die er mir bei der Abfassung und Durchsicht der Arbeit hat zu teil werden lassen.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Daniel Gustav Rassow, evangelischer Konfession wurde als Sohn des Kaufmanns August Rassow und seiner Ehefrau Gustava geb. Vogel am 10. Januar 1866 zu Wolgast geboren. Seine Schulausbildung genoss er auf dem Real-Progymnasium zu Wolgast und den Gymnasien in Weimar und Freienwalde a. O. Letzteres verliess er Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Er besuchte die Hochschulen von Leipzig, Freiburg i. B., Halle, Giessen und Greifswald, bestand am 11. Juli 1895 die ärztliche Staatsprüfung und am 25. Juli das Examen rigorosum.

Thesen.

I.

Es ist wünschenswert, dass die Irrenanstalten mehr wie bisher der staatlichen Aufsicht unterliegen.

II.

Bei der Aetiologie der Leberabscesse ist eine symptomlos verlaufene Perityphlitis stets in Betracht zu ziehen.

III.

Die Pflicht des Arztes, sein Berufsgeheimnis zu wahren, wird durch die Aufforderung zur gerichtlichen Zeugnisablegung nicht aufgehoben.